

受付印

第三者行為による傷病届(動物)

被保険者等	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳				
	氏 名								性 別	男・女	世帯主 との続柄			
	住 所								電 話 番 号	() —				
	保 険 者 番 号		3	9	2	0				被 保 険 者 号				
	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度								治 療 の 見 込	入院 日 通院 日 費用 円 終了 年 月 日				
	保 険 医 療 機 関 等 名								治 療 等 期 間	～ ～ ～				
加害動物に関する事項	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳				
	動物の占有者								性 別	男・女	職 業			
	住 所								電 話 番 号	() —				
	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳				
	動物の所有者								性 別	男・女	職 業			
	住 所								電 話 番 号	() —				
	加 害 動 物 の 占 有 者 と の 関 係													
	個人 賠償 保険	保 険 有 無 証 書 番 号	有 / 無	第 号				電 話 番 号	() —					
		保 險 会 社 名												
		支店サービス センター							担 当 者					
受 傷 の 状 況	受 傷 日 時		年 月 日 午前・午後 時 分 頃											
	受 傷 場 所													
	受 傷 原 因 と 状 況 (どのようにして受傷 したか具体的に記入 して下さい)													
	警 察 へ の 届 出		届 済 / 未 届 (いずれかに○印)											
上記のとおりお届けします。														
年 月 日						被保険者 住 所								
						電 話 () —								
長野県後期高齢者医療広域連合長 あて 氏 名														

※ 次の書類を添付してください。

○念書、誓約書 各1通づつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。